

(фамилия, имя, отчество)

именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель, действующий на основании лицензии № ЛО-18-01-002485 от 20.07.2018г., выданной Министерством Здравоохранения Удмуртской Республики (426008, Удмуртская Республика, г.Ижевск, пер.Интернациональный, д.15, тел.60-23-00): 2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; сестринскому делу; стоматологии ортопедической; рентгенологии; стоматологии профилактической; гигиене в стоматологии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; стоматологии детской; 7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, обязуется оказать Заказчику платную стоматологическую услугу в соответствии с Прейскурантом на выполнение стоматологических работ на условиях настоящего договора.

### 2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

#### 2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

- 2.1.1. Провести качественное обследование полости рта Заказчика, а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.
- 2.1.2. Предоставить Заказчику полную и достоверную информацию:
  - о состоянии полости рта;
  - о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов;
  - о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомио-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Заказчика, а также общим состоянием его здоровья.
- 2.1.3. Ознакомить Заказчика с действующими на момент подписания:
  - Прейскурантом на выполнение стоматологических работ;
  - Положением «О предоставлении гарантии на стоматологические работы (услуги).
- 2.1.4. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства (лечение кариеса; лечение каналов зубов; десен и тканей, окружающих зуб; хирургия; ортопедия; имплантация; ортодонтия; отбеливание; профессиональная гигиена полости рта и др.).
- 2.1.5. Составить для Заказчика рекомендуемый план лечения, осуществление которого в максимальной степени устранил выявленные нарушения в полости рта.
- 2.1.6. Составить и согласовать с Заказчиком выполняемый план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности, сроков их исполнения и стоимости.

2.1.7. Определить для Заказчика гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства. Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства при следующих условиях:

- прохождение Заказчиком **ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ** профилактических осмотров у Исполнителя раз в полгода;
- соблюдение Заказчиком гигиены полости рта в соответствии с рекомендациями врача;
- **ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ** посещение раз в полгода гигиениста клиники;
- проведение коррекции работы, выполненной Исполнителем, только в его клинике (ах);
- обращение в клинику (и) Исполнителя, в случае дискомфорта или нарушений в области проведенного лечения;
- предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно-профилактических учреждений, в случае обращения Заказчика к ним за неотложной стоматологической помощью.
- гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение, протезирование, сохраняются при условии, если Заказчик выполняет весь план лечения, согласованный с врачом.

Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случаях сокрытия, выявления или возникновения у Заказчика в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий и т.п.), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

*Подпись Заказчика V*

- 2.1.8. Составить для Заказчика индивидуальный план профилактических мероприятий с целью снижения риска развития заболеваний полости рта и уменьшения тяжести течения выявленных стоматологических заболеваний.
- 2.1.9. Оказывать Заказчику стоматологическую помощь в течение гарантийного срока и срока службы (в обоснованных случаях), если Заказчик осуществляет составленный для него индивидуальный план профилактических мероприятий.
- 2.1.10. Информировать Заказчика о стоимости услуг(и) до ее(их) оказания:
  - назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны;
  - или назвать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.
- 2.1.11. Обеспечить качество стоматологических услуг в соответствии: с медицинскими показаниями; с применением высококачественных инструментов и материалов; с использованием современных технологий лечения; с предоставлением высокого уровня обслуживания.
- 2.1.12. Выполнить работы в сроки, согласованные с Заказчиком (при условии соблюдения Заказчиком сроков явки на приемы).
- 2.1.13. Информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

#### 2.2. ЗАКАЗЧИК обязуется:

- 2.2.1. Предоставить необходимую и достоверную для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья (либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий договор):
  - о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах;
  - о проведенных ранее обследованиях и лечениях;
  - об аллергических реакциях;
  - об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.
- 2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения, в противном случае Исполнитель имеет право отказать в дальнейшем лечении, предварительно в письменной форме известив Заказчика.
- 2.2.3. Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя заблаговременно.

2.2.4. Ознакомиться с действующими на момент подписания:

- Прейскурантом на выполнение стоматологических работ;
- Положением «О предоставлении гарантии на стоматологические работы (услуги)», а так же п.2.1.7. настоящего договора.
- «Правилами внутреннего распорядка для пациентов клиники».

2.2.5. Ознакомиться и согласовать с Исполнителем выполняемый план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности, сроков их исполнения и стоимости.

2.2.6. Возместить материальные и финансовые расходы, понесенные Исполнителем за работы, проведенные предварительно в соответствии с поэтапным планом лечения, если Договор приостанавливает свое действие по вине Заказчика. *Подпись Заказчика V*

2.2.7. Удостоверить личной подписью следующее:

- сообщенные сведения о своем здоровье;
- факт добровольного информированного согласия на все проводимые манипуляции.

2.2.8. Оплатить услуги Исполнителя своевременно на условиях настоящего договора.

2.2.9. Проводит начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

### 3. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Цена стоматологических услуг определяется в соответствии с действующим на момент лечения Прейскурантом на выполнение стоматологических работ, находящимся в зоне доступа у администраторов клиники, а так же размещенным на сайте **resto.clinic**.

3.2. Исполнитель, оставляет за собой право изменять цены, указанные в Прейскуранте на выполнение стоматологических работ в одностороннем порядке, без предварительного уведомления Заказчика.

3.3. Заказчик может произвести оплату в наличной или безналичной форме через банковскую карту, либо перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.4. **Заказчик согласен оплачивать все услуги по имплантологии и ортодонтии в полном размере 100% предоплатой, все услуги по ортопедической стоматологии в полном размере предоплатой или путем выдачи аванса не менее 70% от стоимости лечения согласно Плана лечения, остаток 30% оплачивается Заказчиком в любое время до сдачи работы Исполнителем. Оплата прочих услуг производится непосредственно Заказчиком после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент оплаты Прейскуранта на выполнение стоматологических работ согласно акта выполненных работ.**

3.5. **В процессе оказания медицинских услуг их стоимость и объем могут быть увеличены по сравнению с согласованным Планом лечения, в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических и/или лечебных мероприятий, изменения фактических затрат на лечение и других обстоятельств, которые невозможно было предусмотреть заранее.** *Подпись Заказчика* V \_\_\_\_\_

3.6. Услуги считаются принятыми Заказчиком с момента подписания сторонами акта выполненных работ.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Подписывая данный договор, я в соответствии с требованиями Федеральных законов от 27.07.06г. №152-ФЗ «О персональных данных» и от 21.11.11г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подтверждаю свое согласие на обработку сотрудниками клиники моих персональных данных, с использованием или без использования средств автоматизации, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, паспортные данные, контактные телефоны, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и в целях исполнения настоящего договора.

4.2. Ответственность сторон, в случае нарушения условий настоящего договора, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

### 5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между сторонами.

5.2. **В случае невозможности разрешения споров путем переговоров стороны после реализации предусмотренной процедуры досудебного урегулирования разногласий передают их на рассмотрение в суд: в случае подачи иска Исполнителем – в суд г. Ижевска по месту нахождения Исполнителя, в случае подачи иска Заказчиком иск подается в суд на выбор Заказчика.**

### 6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

6.2. Договор может быть изменен, приостановлен или расторгнут Сторонами в период его действия, по причине невыполнения обязательств одной из Сторон.

6.3. При изменении либо расторжении договора инициатор должен письменно известить противоположную Сторону о своих намерениях, при этом Заказчик должен возместить Исполнителю фактически понесенные на данный период финансовые расходы либо Исполнитель обязан вернуть неиспользованные денежные средства Заказчику, внесенные в качестве предоплаты.

6.4. В случае если ни одна из сторон до завершения исполнения принятых на себя обязательств не известила другую о намерении расторгнуть Договор, он считается пролонгированным на тех же условиях на каждый следующий год.

6.5. При внесении изменений в действующую лицензию на оказание медицинских услуг (номер лицензии, дата выдачи, вид оказываемых услуг) считать настоящий договор действительным пока одна из сторон его не расторгнет, предварительно известив об этом другую сторону.

6.6. Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

- амбулаторная карта Заказчика (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике);
- информированное добровольное согласие (информированные добровольные согласия) на медицинское вмешательство (хранятся в клинике);
- рентгеновские снимки зубов и челюстно-лицевой области Заказчика, выполненные Исполнителем (хранятся в амбулаторной карте Заказчика).

6.7. **Один раз в год при проведении Исполнителем профилактического осмотра либо при иных лечебных процедурах проводится платное рентгенографическое исследование для обновления снимков зубов и челюстно-лицевой области Заказчика при условии отсутствия данных снимков.**

6.8. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и Заказчиком по вопросам качества обследования и лечения, спор между сторонами рассматривается главным врачом клиники, а при необходимости – экспертной комиссией из числа ведущих специалистов клиники или экспертами территориальных организаций Стоматологической ассоциации (Общероссийской) в установленном порядке.

6.9. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор, дополнительные соглашения к нему и другие документы, заключаемые между Исполнителем и Заказчиком.

6.10. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

### 7. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

### 8. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Стоматологическая клиника «РеСто»

426004 Удмуртская Республика, г.Ижевск, ул.К.Либкнехта, 26.

ИНН 1835078584 КПП 183501001,

ОГРН 1071841005543 выдан 01.06.2007г.

МРИ ФНС России № 9 по УР серия 18 № 002617000

р/с 40702810220570012060

в филиале №6318 ВТБ 24 (ЗАО) г.Самара

к/с 30101810700000000955

БИК 043602955

\_\_\_\_\_/ А.П. Решетников

#### ЗАКАЗЧИК:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

(кем и когда выдан)

V \_\_\_\_\_ /V \_\_\_\_\_

#### Примечания:

1) При лечении несовершеннолетнего до 15 лет – вносятся паспортные данные и подпись его законного представителя.

2) При лечении несовершеннолетнего от 15 до 18 лет – вносятся его паспортные данные и подпись, при этом должно быть письменное согласие кого-либо из его законных представителей (согласие подписывается в клинике или заверено нотариально).

Оказание платных медицинских услуг осуществляется только при наличии предварительно заключенного и подписанного Договора между Исполнителем и Заказчиком (за исключением приема пациентов с острой болью).

#### Основания:

- Закон РФ от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей»;

- Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- Условия лицензирования Клиники.